



### Información sobre el Seguro

<b>Tipo de seguro</b>	MC (Programa PCC /MassHealth) <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid HMO (MassHealth) <input type="checkbox"/> Otras fuentes <input type="checkbox"/> No posee seguro <input type="checkbox"/>				
<b>Nombre del Seguro</b>	Aetna_US_Healthcare	Fallon_Community_Health_Plan	MassHealth – <b>Plan de Seguridad Médica para Niños</b>		Prudential
	Blue_Cross/Blue_Shield_of_MA	Harvard_Pilgrim	MassHealth – <b>CommonHealth</b>		Tufts_Aff_Health_Plan
	Champus_Tricare	John_Hancock	Neighborhood Health Plan		United_Health_NE
	Cigna_Health	MassHealth	Otro (Especificar)		

### Evaluación de la Inscripción

<b>1. Si usted no posee seguro, ¿ha solicitado MassHealth/Medicaid?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					
<b>2. ¿Posee un <u>Consentimiento Informado</u> archivado?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>Nota: Se requiere un consentimiento informado para inscribirse en el programa.</b>					
<b>3. ¿Posee seguro odontológico?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					
<b>4. ¿Es usted estudiante?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>Si marcó "Sí", seleccione una de las siguientes opciones:</b>					
	Pre-escolar/Pre-K	2º Grado	5º Grado	8º Grado	11º Grado
	Kindergarten	3º Grado	6º Grado	9º Grado	12º Grado
	1 <sup>er</sup> Grado	4º Grado	7º Grado	10º Grado	No sabe
<b>Si no es estudiante, indique cómo se convirtió en paciente de este centro de salud con base en la escuela.</b>					
	Graduado/a de la escuela	Hijo/a de estudiante	Pariente de estudiante	Miembro de la comunidad	Personal de la escuela
<b>5. ¿Recibe servicios educativos especiales adicionales?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					
<b>6. ¿Recibe almuerzos escolares gratuitos o de costo reducido?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					
<b>7. ¿Consultó a un/a Médico/a, Enfermero/a, Enfermero/a Practicante o Asistente Médico/a para realizar un examen físico completo en los últimos doce meses?</b>				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	
<b>Si consultó a un/a Médico/a, Enfermero/a, Enfermero/a Practicante o Asistente Médico/a en los últimos 12 meses, ¿cuál es su nombre?</b>			Nombre del Proveedor de Atención Primaria: <b>PARA USO INTERNO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO SBHC</b>		
<b>8. ¿Dónde recibió mayormente atención de la salud en los últimos 12 meses?</b>					
	Consultorio, clínica o centro de salud comunitario		Sala de urgencias del hospital	No recibió atención médica	
	Centro de salud basado en la escuela		No sabe	Otra (especificar)	
<b>9. ¿Se le ha realizado un examen odontológico completo en los últimos 12 meses?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>					